

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ – ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

ІІІ РОКУ НАВЧАННЯ

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Трофобластична хвороба (код курсу 16.10)
Курс	ІІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин 6 годин

I. Мета заняття

Трофобластична патологія є надзвичайно небезпечним ускладненням вагітності, метою заняття є закріпити знання курсантів для своєчасного виявлення патології, патогенетично обґрунтоване лікування сприяє зниженню материнської захворюваності і смертності, а також збереженню репродуктивного здоров'я жінки

II. Об'єм повторної інформації

1. Класифікація жіночих статевих органів.
2. Будова жіночих статевих органів.
3. Функція жіночих статевих органів.
4. Циклічні зміни в організмі жінки.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття «трофобластична хвороба».
2. Класифікацію «трофобластичної хвороби».
3. Причини виникнення «трофобластичної хвороби».
4. Методи діагностики «трофобластичної хвороби».
5. Методи лікування «трофобластичної хвороби»

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Гінекологічне відділення.
3. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від . від 17.09.2007 № 554 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія"
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії хвороби.

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Провести гінекологічне обстеження жінки		+	
2.	Діагностувати клінічні прояви «трофобластичної хвороби».		+	
3.	Призначати обстеження при підозрі на «трофобластичної хвороби»		+	
4.	Призначати лікування при підозрі на «трофобластичну хворобу»		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
Самоконтроль лікаря-курсанта.
Вирішення ситуаційних задач.
Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Класифікація жіночих статевих органів.
2. Будова жіночих статевих органів.
3. Функція жіночих статевих органів.
4. Циклічні зміни в організмі жінки.
5. Методи діагностики «трофобластичної хвороби».
6. Визначення поняття «трофобластична хвороба».
7. Класифікацію «трофобластичної хвороби».
8. Методи лікування «трофобластичної хвороби».

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати та оцінити анамнез жінки з «трофобластичною хворобою»
2. Призначити клінічне обстеження.
3. Призначити спеціальне обстеження.
4. Скласти план лікування.

Тестові завдання

1. До гінеколога звернулася жінка 37 років із скаргами на кров'янисті виділення з піхви останні 2 тижні, біль в животі . 3 місяці тому був штучний аборт. Об'єктивно: матка збільшена до 12 тижнів вагітності, м'яка при пальпації, помірно болюча, з обох сторін від матки визначаються пухлинні утворення, розмірами 5х6 см, чутливі при пальпації. У сироватці крові вміст хоріогонічного гонадотропіну більш, ніж 1000 мМ/л. Який діагноз?

- A. *Трофобластична хвороба
- B. Рак яєчників
- C. Міома матки
- D. Вагітність 12 тижнів
- E. Позаматкова вагітність

2. У жінки через 6 місяців після пологів розвинулася маткова кровотеча. Під час гінекологічного обстеження у порожнині матки виявлена тканина темно-червоного кольору з множинними порожнинами, що нагадує "губку". Під час мікроскопічного дослідження пухлини у лакунах крові виявлені атипові світлі епітеліальні клітини Лангханса та гігантські клітини синцитіотрофобласта. Яка це пухлина?

- A. Аденокарцинома
- B. Міхуровий занос
- C. *Хоріонепітеліома
- D. Плоскоклітинний незроговілий рак
- E. Фіброміома

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Гестаційна трофобластична хвороба

Гестаційна трофобластична хвороба-своєрідна патологія,що супроводжується розвитком порушень функціональних станів ендокринної та імунної систем організму. Проявами є пухирний занос та хоріонкарцінома ,що є стадіями одного й того ж пухлинного процесу,та розвиваються в умовах порушень гонадотропної функції трофобласта,гіпофізу,стероїдогенної функції яєчників. Первинною ланкою в механізмі порушень гонадотропного гомеостазу при трофобластичній хворобі є посилена продукція хоріонічного гонадотропіну , внаслідок чого змінюється гормонпродукуюча функція гіпофізу за рахунок зниження функції фоллітропіну. Зміни ж в функціональному стані яєчників визначаються порушеннями гонадотропної функції як трофобласта так і гіпофіза,залежать від ступеню розповсюдженості,та тяжкості клінічного прояву захворювання. У хворих з проліферуючим пухирним занеском вони спостерігаються тільки при наявності кіст в

яєчникaх та характеризуютьсa посиленням екскреції класичних естрогенів, прегнадіолу. Також виявлено, що гіперестрогенія, яка супроводжує трофобластичну хворобу поєднану з кістами яєчників є важливим фактором ризику малігнізації пухирного занеску. Хворі на хоріонкарциному без метастазів та з ними мають понижений рівень екскреції класичних естрогенів та мають тенденцію до зниження екскреції прегнадіолу та гіперпродукції тотальних фенолстероїдів.

При цій хворобі зміни в гіпофізарно-наднирниковій системі проявляються високим вмістом АКТГ в плазмі крові та зниженням рівня 17-кетостероїдів зі змінами в співвідношенні їх окремих фракцій.

Гестаційна трофобластична хвороба - відноситься до рідких онкологічних захворювань та займає одне з останніх місць в структурі злоякісних новоутворень статевих органів на 5 континентах світу. Проте частота захворюваності в різних країнах не однакова. Так пухирний занесок та хоріонкацинома є відносно рідким захворюванням в Європейських державах (від 0,1 до 0,5% на 100 тис. населення), а в країнах Південного Сходу зустрічається значно частіше (від 1,1 до 10% на 100 тис. населення). В Україні один пухирний занесок зустрічається на 2000-5000 вагітностей, одна хоріонкарцинома - на 20 000-60 000 вагітностей. В останні роки спостерігається ріст захворюваності.

Данні про етіологію та патогенез трофобластичної хвороби все ще залишаються неоднозначними та до кінця не вивченими. Висловлюються думки про вірусну природу виникнення пухлин трофобласта, а також про участь в цьому процесі імунних порушень.

Трансформація нормальних клітин в ракові, індукована вірусом, характеризується появою нових клітинних антигенів (неоантигенів). Взаємодіючи з пухлиною, антиген може діяти, як прискорювач реплікації хромосом. Самостимуляція росту в результаті дії інохідних антигенів, може бути характерним для окремої ракової клітини та основою для нормального розмноження клітин, як це буває при розвитку звичайної вагітності. Інохідні батьківські хромосоми, які містять антиген HLA, інохідний для материнської зародкової клітини, можуть служити сигналом, що викликає мітоз в заплідненій яйцеклітині.

На даний час вивчення етіопатогенезу ГТХ проводяться за трьома напрямками:

1. Вивчення особливостей кількісного складу клітинних популяцій, характеру та титрів антитіл, які зумовлюють реакції та напруження імунної системи *in vitro*.
2. Вивчення імунної системи на клітинному рівні в реакції *in vitro*, що дозволяє характеризувати активність лімфоцитів, їх здатність до ідентифікації та кіллерного ефекту.
3. Вивчення імунної системи на субклітинному рівні, т.т. виявити активність мітохондріальних гліколітичних ферментів та стан внутрішньоклітинного метаболізму в лімфоцитах – основних одиницях імунного процесу.

На даний час доказано, що вірогідність злоякісної трансформації більш висока у жінок, які мають сукупність певних прогностичних ознак. З анамнестичних даних заслуговують на увагу наступні фактори: 1) вік жінки (більше 40 років); 2) пізній менархе (після 15 років); 3) ранній початок статевого життя (молодше 15 років); 4) значна кількість вагітностей (більше 5); 5) серед хворих на хоріонкарциному переважають першовагітні; 6) враховується завершення попередніх вагітностей (самовільний викидень, штучний аборт, ектопічна вагітність, пологи), а також факт її завершення пухирним занеском.

Одним з провідних факторів малігнізації пухирного занеску в хоріонкарциному є кісти яєчників, які зустрічаються в 4-5 разів частіше ніж при пухирному занеску без малігнізації. Тобто процесу злоякісного перетворення сприяє гіперпродукція естрогенів кістами яєчників.

До групи ризику також варто додати вагітних, у яких мало місце невідповідність розмірів матки з вірогідним строком вагітності (збільшення чи зменшення розмірів матки), біль внизу живота, тривалі кров'яні виділення зі статевих шляхів.

При формуванні групи підвищеного ризику розвитку хоріонкарциноми необхідно враховувати всі перелічені фактори, але облігатними варто рахувати два - 1) поява кров'яних виділень зі статевих шляхів жінки після попередньої вагітності; 2) завершення вагітності пухирним занеском, особливо, якщо є кісти в яєчниках.

Потрібно пам'ятати, що хоріонкарцінома може проявитися лише метастазами в легенях, піхві, кістках тазу, печінці, головному мозку без визначення первинного вогнища захворювання.

Щодо визначення хвороби в 1991р. термін «трофобластична пухлина» змінено на «гестаційна трофобластична хвороба» в який включено:

1. Пухирний занесок-повний та частковий.
2. Інвазивний пухирний занесок.
3. Хоріонкарцинома, пов'язана з вагітністю.
4. Трофобластична пухлина плацентарного місця.
5. Реакція плацентарного місця.
6. Гідропічна дегенерація.

Класифікується за МКХ-10 з врахуванням категорій T, M та S. Визначення категорій T та M відповідає стадіям FIGO. Для порівняння представлено обидві системи. Крім T та M враховуються фактори ризику. На відміну від інших локацій класифікація цих пухлин за категорією N не використовується.

Класифікація використовується для хоріонкарциноми, інвазивного пухирного занеску та трофобластичних пухлин плаценти. Локалізацію в плаценті потрібно вказувати окремо. Гістологічне підтвердження не потрібно, якщо рівень людського хоріонічного гонадотропіну в сечі підвищений.

Діагностика гестаційної трофобластичної хвороби

Враховуються основні етапи:

1. Клінічний, що включає загальне гінекологічне обстеження.
2. Гістологічне дослідження матеріалу, який отримано при вишкрібанні матки, біологічного матеріалу з метастазів, або операційного матеріалу.
3. Рентгено-радіологічний з флюорографією легень, діагностичною ангіографією, скануванням печінки, нирок, ультразвуковим дослідженням органів малого тазу.
4. Лабораторне дослідження вмісту ХГ, ТБГ в сечі або крові.

В клінічній діагностиці найважливішими є дані анамнезу захворювання. Латентний період захворювання (час від закінчення останньої вагітності до можливого виникнення трофобластичної хвороби) хоча може мати різний перебіг, та найчастіше займає від декількох місяців до декількох років (зазвичай ~ 1-2 роки). Після пухирного занеску хоріонкарцинома може виникнути через 5-8 місяців, після абортів – через 11 місяців, після пологів - через 34,5 місяців. Але були випадки виникнення хоріонкарциноми через 5-8 та навіть 25 років після видалення пухирного занеску. Частота виникнення хоріонкарциноми після пухирного занеску досягає 85% випадків.

Клінічне вивчення патогенезу хоріонкарциноми показало, провідне місце належить не тільки фіналу попередніх вагітностей, але й виду останньої-чи була вона первинно фізіологічною (пологи, аборт, самовільний викидень) чи первинно патологічною (пухирний занесок, ектопічна вагітність).

Клінічний досвід говорить, що хоріонкарцинома, яка виникла після пологів має найменш сприятливий перебіг (до 5 років доживає 52,9% хворих). При розвитку хоріонкарциноми після штучного переривання вагітності цей показник складає вже 69%, після самовільного викидня-79%, після пухирного занеску-90%, після ектопічної вагітності – всі 100%.

Основним симптомом трофобластичної хвороби є різної інтенсивності кров'яні виділення зі статевих шляхів після попередньої вагітності, в незалежності від її завершення. Більшість жінок з пухирним занеском мають затримку менструації 2-10-12 тижнів, та вважають себе вагітними. Кровотечі при цьому зазвичай значні, ядро-червоного або коричневого кольору та в багатьох випадках виявляються першою ознакою захворювання. Різний характер кровотеч у хворих зумовлюється різною локацією пухлинних вузлів в порожнині матки. При розпаді некротичної тканини та її інфікуванні можуть бути серозні та гнійні виділення.

До інших симптомів, що супроводжують трофобластичну хворобу, слід віднести нудоту, блювання, які зустрічаються у третини хворих. Характерні болі внизу живота, в попереку, які

виникають при проростанні пухлинного вузла стінок матки, стисненні нервових стволів через метастази в параметрії, через перекути ніжки кісти яєчника та навіть перфорацію матки. Також мають місце синюшність слизової оболонки піхви та шийки матки.

У хворих на трофобластичну хворобу розвивається протеїнурія, гіпертонія, змінюються показники крові, часто захворювання проявляє себе симптомами легеневої та серцевої недостатності.

У вагітних жінок з пухирним занеском майже в 50% матка більше ніж вірогідний термін вагітності, але в деяких випадках матка може бути зменшена в розмірах.

Перебіг трофобластичної хвороби характеризується раннім та інтенсивним метастазуванням. Як правило це метастази в піхву, легені, шлунково-кишковий тракт, печінку, мозок – тобто розповсюдження проходить гематогенним шляхом. Навіть простий пухирний занесок може метастазувати, хоча інвазія відсутня. Інколи хоріон карцинома проявляється лише метастазами.

Відповідно до міжнародної гістологічної класифікації пухлин ВОЗ, «трофобластична хвороба» є збірним поняттям, що включає в себе різні варіанти проліферації та інших порушень в будові трофобласта, частина з яких є процесом саме пухлинної природи, тоді як інші стани відносяться до пухлино подібних.

До трофобластичної хвороби відноситься синцитіальний ендометрит, пухирний занесок, хоріон карцинома. Їх субстратом є одне джерело росту – трофобласт.

Синцитіальний ендометрит – патологічний процес не пухлинного генезу, що виникає в зоні імплантації, характеризується інвазією елементів синцитію трофобласта в міометрій. Треба зауважити, що в умовах нормальної вагітності ворсини хоріона проростають децидуальну тканину матки завдяки ферментативній активності їх покривного епітелію. Також через цитолітичні властивості останнього в матці утворюється зона коагуляційного фібриноідного некрозу (шар Нітабух), який лімітує подальший погружний рост ворсин трофобласта та\або структурних їх складових. При синцитіальному ендометриті після пологів, або вагітності виникає «дистанціювання» елементів синцитію за межі зони некрозу з їх пенетрацією на різну глибину ендо- та міометрію, хоча ознаки запалення можуть зустрічатися не завжди.

Пухирний занесок – патологічний процес набряку та слизеподібного переродження (дегенерації) ворсин хоріону, інколи в поєднанні з проліферацією їх покривного епітелію. Зовнішній вигляд плаценти являє собою конгломерат пухирців з прозорим вмістом, які поєднані між собою тонкими перемичками (схожий на виноградне гроно). В порожнині матки часто визначаються відірвані пухирці. Навіть при спонтанному виділенні пухирного занеску повної евакуації його не відбувається. Якщо уражена вся плацента- це повний пухирний занесок, при сегментарному її ураженні – частковий. Для гістологічного дослідження доцільно брати найменші пухирці, особливо ті, що знаходяться в контакті з материнською тканиною.

При мікроскопії патологічно змінені ворсини в стані набряку, кровоносні капіляри відсутні, через накоплення вільнозної рідини розвивається так звана «слоновість» ворсинок. Якщо проліферація хоріального епітелію відсутня або слабо виражена, то вищеназвані морфологічні зміни означаються як простий (непроліферуючий) занесок. Проліферуючий пухирний занесок характеризується аналогічними змінами ворсин, проте при наявності проліферації покривного хоріального епітелію. При мікроскопії можна побачити втрату нормальної архітекtonіки двох його шарів з утворенням гіперплазії структурних елементів хоріона, які складаються з сукупності ланггансових клітин та синцитію в різних кількісних співвідношеннях.

Інвазивний пухирний занесок (хоріон аденома руйнуюча) характеризується всіма ознаками проліферуючого пухирного занеску, але з інвазією структурних його елементів в біометрій та судини матки, до перфорації та кровотечі. Мікроскопічна діагностика зіскоба складна, бо лімітована ендо-метрієм.

Хоріонкарцинома (хоріальний рак, злоякісна плацентома) – злоякісна пухлина трофобласта з проростанням та руйнуванням материнських тканин. Ця пухлина розташовується в тілі матки, рідше в трубах, яєчниках та інших органів. Вона звичайно виникає після абортів або пологів, особливо ускладнених затримкою посліду, пухирним занеском; інколи розвивається

після останньої вагітності. У жінок, що не народжували та у чоловіків хоріон карцинома має тератогенне походження.

Рентгенологічний метод діагностики.

Рентгенологічним методом вдається діагностувати локалізацію та об'єм злоякісної пухлини в матці, інших відділах геніталій та виявити метастатичні ураження. Уточнення діагнозу первинного вогнища проводиться за допомогою ангіографії, шляхом крізь шкірного зондування стегнової артерії спеціальним катетором, через який доставляється контраст. Потім у відповідності до фаз (артеріальна, паренхіматозна, венозна) виконуються рентгенівські знімки. Потім аналізуються данні судинних малюнків маткових артерій, внутрішньом'язових судин, вен та капілярів.

Наступним методом діагностики є визначення рівня хоріонічного гонадотропіну. На даний час методом виявлення ХГ є імуоферментний, оснований на чутливості та специфічності моноклональних антитіл і рекомбінантних антигенів. Цим методом можна визначити бета-субодиницю ХГ (b-ХГ). Імуоферментний метод призначений для кількісного визначення b-ХГ та ХГ в сироватці та плазмі. Чутливість імуоферментного метода 2мМЕ/мл.

Сучасні методи лікування гесаційної трофобластичної хвороби.

В останні роки підхід до лікування новоутворень трофобласта в значній мірі змінилися. До 1959р. діагноз хоріон карцинома звучав як смертельний вирок.

На даний час захворювання піддається лікуванню майже в 100% випадків у хворих з пухирним занеском, в 90-95% у хворих з не метастатичною хоріонкарциномою та в 80-85% у хворих з метастазами.

В Українському центрі по діагностиці та лікуванню хворих ГТХ, хворих на пухирний занесок вдаєтьсявилікувати в 99%, хоріон карциному I-II стадії – в 98%, III- стадії – в 72%, IV- стадії – в 23% випадків.

Тактика лікування хворих на трофобластичну хворобу залежить від характеру та ступеню розповсюдженості патологічного процесу, тривалості захворювання, рівня секреції хоріонічного гонадотропіну, загального стану хворої та може включати в себе використання тільки хіміотерапевтичних засобів, лише частина хворих припадають під комбіноване лікування (операція+хіміотерапія).

Протягом останніх років хірургічне втручання вже не є єдиним методом лікування, а займає певне місце в комбінованому лікуванні ГТХ та виконується строго за показаннями.

Абсолютні показання до операції:

1. Внутрішня або зовнішня кровотеча, що не піддається консервативному лікуванню.
2. Загроза розриву матки або кісти яєчника пухлиною.
3. Великі розміри матки, які відповідають 9-10 та більше тижнів вагітності.

Відносні показання до операції:

1. Пухлина резистентна до хіміотерапії.
2. Вік хворих на хоріон карциному більше 40-45 років, наявність дітей в сім'ї.
3. Тривалість хвороби більше 6 місяців.
4. Виражена інтоксикація внаслідок некрозу пухлини та інфікування ураженого органу.

Лікування пухирного занеску починається одразу після встановлення діагнозу, щоб найшвидше його видалити. При загрожує чому аборті вводиться внутрішньовенно окситоцин з метою виштовхати пухирний занесок та провести наступне вишкрібання порожнини матки. Якщо немає загрожує чого аборт, необхідно провести вакуумекстракцію. Після скорочення матки та компенсації крововтрати, на 2 – 3 добу проводять повторний кюретаж та повне видалення пухирного занеску. При деструїруючому (інвазивному) пухирному занеску та якщо погано скорочується матка через ураження м'язового шару з кровоточивістю показана гістеректомія, особливо у жінок після 40 років з врахуванням наявності у них дітей.

Основним методом лікування у 94,2% хворих пухирним занеском є хіміотерапія, якою вдається досягти повної інволюції матки та кістозних утворень яєчників, при їх наявності.

При призначенні хіміотерапії хворим на ГТХ для досягнення її максимального ефекту потрібно дотримуватись наступних принципів:

1. Проводити раціональний вибір хіміопрепарата на основі сучасного уявлення про «протипухлинний спектр» та його механізму дії.
2. Потрібно притримуватися допустимих комбінацій протипухлинних препаратів.
3. Слід враховувати спектр токсичності цитостатиків, які вводяться та ускладнення, що виникають від їх використання.
4. Необхідно проводити адекватний вибір методу введення хіміопрепарату (системна хіміотерапія, регіонарна або внутрішньоартеріальна інфузія). Хворим на ГТХ проводиться поєднана хіміотерапія – системна та регіонарна. Регіонарна ХТ передбачає 3-5 денний курс внутрішньо артеріальної полі хіміотерапії з використанням метотрексату в дозі 60-75 мг, 5-фторурацилу (1,5 г), актиноміцину (1500мкг), циклофосфану (1,0 г) та платидіама (50мг) в різних комбінаціях.

Наведемо основні режими проведення системної хіміотерапії, які використовуються у відділенні онкогінекології Українського НДІ онкології та радіології.

I

1. Метотрексат внутрішньовенно 1 раз на добу по 20 мг/м² протягом 4 днів в загальній дозі 250 мг.
2. Рубоміцин гідрохлорид внутрішньовенно по 20 мг/м² через день в загальній дозі 250мг.
3. Вінкрістін внутрішньовенно по 1,5мг/м² 1 раз на тиждень в загальній дозі 4,5 мг.

II

1. Метотрексат внутрішньовенно 1 раз на добу по 20 мг/м² протягом 4 днів в загальній дозі 250 мг.
2. Дактиноміцин внутрішньовенно по 500мкг або 0,5 мг/м² 2 рази на тиждень в загальній дозі 3мг.
3. Вінбластин внутрішньовенно по 10мг/м² 1 раз на тиждень в загальній дозі 30 мг.

III

Поліхіміотерапію проводять на фоні гіперглікемії. Інфузії проводять один раз на тиждень. Тривалість лікування 4-5 днів. Метотрексат (80-100 мг/м²) вводять з вінбластином (10 мг) та актиноміцином (100мкг). При виражених симптомах інтоксикації проводять гемосорбцію.

Використовують і інші поєднання хіміопрепаратів : Метотрексат 60-70мг/м², 5-фторурацил, 1-1,2г/м², платидіам 50-60 мг/м², преднізолон – 60 мг; або метотрексат 60-70 мг/м², циклофосфан-0,8 г/м², цисплатин 60 мг/м² або адриабластин 30-40 мг/м², преднізолон 60 мг/м². За 24 години до інфузії в/в вводять 1 мг вінкрістину або 10 мг вінбластину (розовіна). В залежності від стадії захворювання, метода лікування та чутливості пухлини до терапії, проводять від 1 до 3-4 курсів полі хіміотерапії.

Профілактика

Профілактика трофобластичної хвороби включає проведення протирецидивних курсів хіміотерапії з метою попередження активації розвитку злоякісного процесу: у хворих з пухирним занеском – для попередження виникнення хоріонкарциноми, у хворих з не метастатичною хоріонкарциномою – для профілактики метастазування, у хворих на хоріонкарциному з метастазами для попередження рецидивів захворювання. Профілактичні курси хіміотерапії рекомендують через 2 місяці після закінчення першого лікування та в подальшому кожні 6 місяців протягом 2 років у хворих на пухирний занесок та протягом 3 років у хворих на хоріон карциному. Після закінчення профілактичних курсів

хіміотерапії хворі повинні оглядатися під контролем рівня хорального гонадотропіну кожні 6 місяців. Після 5 років спостереження хворі ГТХ можуть бути зняті з обов'язкового обліку.

Визначення рівня хорального гонадотропіну проводять 1 раз на 2-3 місяці протягом 2-х років у хворих з пухирним занеском та до 3-х років у хворих на хоріонкарциному, надалі 1 раз на 6 місяців ще протягом 2-3 років.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии // Под. ред. Е.В. Коханевич. - М., 2006.
2. Акушерство /Э.К. Айламазян и др./Под ред. Э.К. Айламазяна.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200с.
3. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
4. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агенство, 2014.-497 с.
5. Безношенко Г.Б., Долгих Т.И., Кривчин Г.В. Внутриутробные инфекции (вопросы диагностики, врачебной тактики). – М.: Медкнига; Н. Новгород: Издательство НГМА, 2006. – 88 с.
6. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Санкт-Петербург, ООО «Издательство Фолиант», 2002.
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Методичну розробку практичного заняття підготував д.мед.н професор кафедри акушерства і гінекології № 2 Лихачов В.К.

Прорецензував професор В.К.Лихачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № __ від _____ 20__ року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__ р.